

Formación de formadores en salud reproductiva

Boubacar Toure, Hélène Harroff-Tavel, Sara Casey y Tegan Culler

El modelo de formación en cascada ha acercado la formación clínica a las zonas de la República Democrática del Congo más necesitadas de personal capacitado para tratar a mujeres afectadas por el conflicto que sufren complicaciones en el embarazo y el parto.

Aunque la mortalidad materna ha descendido globalmente un 35% desde 1980, en la República Democrática del Congo (RDC) sólo lo ha hecho un 3% desde 1990, cuando comenzó la más reciente fase del conflicto de la RDC. El prolongado conflicto ha desempeñado un papel importante en la destrucción del sistema nacional de salud, ya en un avanzado estado de deterioro, dando como resultado una atención deficiente a las comunidades, la carencia de trabajadores sanitarios bien formados y, debido a la desinversión gubernamental, un personal sanitario desmotivado.

En la RDC unas 15.000 mujeres -una de cada trece congoleñas- mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto, sobre todo por complicaciones que se pueden tratar y prevenir. Pero a pesar de la dura necesidad manifestada por estos datos, el Gobierno congoleño sigue limitando la inversión de recursos para mejorar la salud pública. Los países africanos, incluida la RDC, se reunieron en 2001 en Abuja (Nigeria) y se comprometieron a asignar el 15% de los presupuestos gubernamentales a sanidad; pero nueve años después el Gobierno congoleño sólo dedica el 5%.¹ Una buena inversión en cuidados obstétricos y neonatológicos de emergencia (CONEm) de buena calidad podría salvar la vida de miles de congoleñas y recién nacidos cada año.

Puntos esenciales en la formación

Una evaluación llevada a cabo en siete hospitales de las provincias de Kivu del Sur, Oriental, Kasai Occidental y Kinshasa en 2007, demostraba que ninguno de los hospitales evaluados ofrecía buena calidad de CONEm.² La mayoría no contaba con planificación familiar, servicios o personal cualificado suficiente para tratar complicaciones obstétricas. El respeto a la normativa de prevención de infecciones era bajo. Todos los hospitales tenían escasez y desabastecimiento de medicinas y suministros, y el sistema de recopilación de datos de CONEm era casi inexistente. Por último, el uso de medicinas y procedimientos más modernos y más seguros era limitado

debido a la falta de formación continua de los trabajadores sanitarios.

Para subsanar esta carencia el Comité Internacional de Rescate (CIR) en colaboración con la Iniciativa de Acceso, Información y Servicios de Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia (RAISE) tratan de mejorar los conocimientos esenciales en salud reproductiva del personal sanitario en las zonas de ayuda. Dotar de equipamiento y otros suministros es necesario pero no suficiente para mejorar la calidad de los servicios; también es fundamental supervisar y preparar al personal médico en los conocimientos clínicos necesarios.³ Todavía muchos programas de formación se debilitan debido a una falta de seguimiento de la supervisión de los participantes. A este respecto, RAISE y CIR están empleando sistemas de supervisión para garantizar un seguimiento ulterior al programa preparatorio.

Fase 1: Formar a formadores y crear centros de formación locales

En la primera etapa del proyecto un equipo de formación del Instituto Africano de Salud Reproductiva (IASAR, por sus siglas en francés) y el Hospital Universitario Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) formó a 48 profesionales de CONEm y a 18 profesionales de planificación familiar. La formación de CONEm estaba organizada por tres sanitarios de cada hospital (un médico, un matró y un enfermero anestesiista), así como un médico y un enfermero de cada equipo supervisor de zona (que también ofrecen cuidados médicos en el hospital). Un miembro del ministerio de cada una de las cuatro provincias y dos del ministerio nacional participaron en la primera semana del curso para garantizar el apoyo del Ministerio de Sanidad.

Varios meses después, los preparadores visitaron a los participantes en sus centros de salud para reforzar los conocimientos, recomendar mejoras y seleccionar a algunos de ellos para la formación de formadores. Las decisiones finales sobre la



MONUC/Marie Frechon

selección de los formadores se tomaron en colaboración con las agencias de gestión de sanidad provinciales y con el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR).

Se identificó un hospital de cada provincia como centro de formación para los trabajadores sanitarios de hospitales del Ministerio de Sanidad y los centros de salud apoyados por el CIR. En cada uno se construyó una sala de formación y se equipó con material formativo y modelos anatómicos y el CIR se ocupó de que los paritorios y los quirófanos de esas zonas fueran conformes a las normas de buenas prácticas. Se preparó a 21 personas como "formadores principiantes", incluyendo técnicas de facilitación de la supervisión.

Fase 2: Formar a los trabajadores sanitarios de los centros de salud

Tras la formación de formadores, quienes se habían formado en el Instituto Africano de Salud Reproductiva observaron y enseñaron a los nuevos durante su primera sesión de formación de CONEm. Desde mayo de 2009 a marzo de 2010 los formadores principiantes de los nuevos centros de formación llevaron a cabo siete clases de CONEm para 151 trabajadores sanitarios y siete sesiones de planificación familiar para otros 159. Como muchos de los formadores también son supervisores del Ministerio de Sanidad, cada vez que llevan a cabo una visita de supervisión rutinaria pueden revisar los conocimientos adquiridos en clases previas, discutir los problemas y asegurarse de que las recomendaciones de la visita anterior se han puesto en práctica.

Retos y lecciones aprendidas

La implementación de este proyecto de formación se encontró con una serie de

desafíos de los cuales pueden extraerse lecciones para una mejor práctica.

La implicación de las autoridades sanitarias en todos los niveles es crucial. Una formación efectiva requiere un entorno político favorable, una estrategia, recursos, apropiadas directrices y políticas, expectativas de trabajo, así como motivación y retroalimentación. El CIR está trabajando estrechamente con el Programa Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Sanidad para finalizar y adoptar la normativa nacional de salud reproductiva. A un nivel local, la aprobación de las autoridades del Ministerio de Sanidad puede facilitar la aplicación y el uso de nuevas habilidades por parte de los formadores cuando vuelvan a sus centros.

Todo el equipamiento necesario, así como los suministros y medicinas deben estar disponibles en los centros de salud de los formadores para que puedan aplicar sus conocimientos inmediatamente después de la formación. Las demoras en la entrega de suministros y equipamiento pueden retrasar las visitas de supervisión de seguimiento. Esas visitas tuvieron lugar, en ocasiones, de cinco a seis meses después de la formación inicial, lo que supuso que los participantes necesitaran una formación adicional para poner en práctica correctamente algunos de los conocimientos adquiridos.

Un elemento importante en la formación basada en la competencia es tener tiempo para practicar las habilidades bajo supervisión en casos clínicos reales. El escaso número de casos clínicos en algunas zonas de formación -una desventaja frecuente al crear áreas de formación en hospitales rurales- hace difícil a los aprendices la práctica con un número adecuado de casos. Para solventar esta cuestión, los cursos se centran principalmente en la supervisión de seguimiento y las prácticas adicionales con modelos anatómicos de forma que, mientras los servicios siguen mejorando, aumenten los casos.

Un apoyo continuo y un seguimiento tras el proceso formativo por parte de los supervisores son fundamentales para una formación próspera. Los supervisores clínicos deben ser capaces de ofrecer un seguimiento posterior a la formación y una preparación para desarrollar la confianza del alumnado y ayudarles a mejorar en sus centros. Tradicionalmente, los supervisores no involucraban a los supervisados en la resolución de problemas y éstos persistían. La formación de los supervisores de zona en la facilitación de la supervisión mejoró la calidad de sus visitas y ahora las supervisiones animan al personal a resolver los problemas y tomar posesión de su trabajo.

El traslado del personal formado a otros puestos dejó un vacío en la formación planificada y/o en los equipos de control de algunas zonas. El CIR, junto con el Ministerio de Sanidad, ha intentado asegurar la permanencia de los nuevos formadores en sus puestos durante un mínimo de dos años. Otra posibilidad sería que el Ministerio enviase personal procedente de fuera de estas zonas sanitarias para formarse, de forma que los conocimientos se extendieran más allá de las zonas de intervención directa del CIR sin tener que trasladar a formadores expertos.

El personal sanitario en zonas en conflicto debería formarse para estar preparado frente a una demanda fluctuante. En febrero de 2009, por ejemplo, el empeoramiento del conflicto desplazó a unas 4.300 familias en las zonas de Kalehe e Itombwe; el Hospital General de Kalehe sufrió carencia de medicinas de CONEm, así como de kits de profilaxis posterior a la exposición, debido al aumento total de su uso y al incremento de casos de violencia de género.

Conclusiones

El modelo de preparación en cascada ha acercado la preparación clínica a las zonas de la RDC con más carencias de personal capacitado, posibilitando

la formación a más trabajadores. Mediante el uso de los mecanismos de supervisión existentes es posible ofrecer la facilitación de la supervisión a largo plazo y un seguimiento que garantice la permanencia de las habilidades y el personal habilitado. Asimismo, esto significa que el apoyo y la supervisión son posibles en zonas donde la inseguridad pueda restringir el acceso.

El CIR ya ha comenzado a replicar este modelo en sus programas de atención a la población desplazada de Kivu del Norte. El CIR y RAISE planean evaluar este proyecto a finales de 2010 para garantizar que la formación se traduce en una mejor prestación de servicios en salud reproductiva. Por el momento, la observación ya ha mostrado un incremento del personal orgulloso de su trabajo, sobre todo entre los capacitados como formadores, lo que supondrá, en última instancia, una mejor sanidad reproductiva para los muchos desplazados de la RDC.

Boubacar Toure (Boubar.toure@theirc.org) es el Consejero de Salud Reproductiva del CIR en la RDC; Hélène Harroff-Tavel (heleneharrofftavel@gmail.com) es ex consejera de salud del CIR; Sara Casey (sec42@columbia.edu) es Responsable de Control y Evaluación de RAISE; y Tegan Culler (tac2142@columbia.edu) es Responsable de Comunicación de RAISE. CIR: <http://www.theirc.org> RAISE: <http://www.raiseinitiative.org>

1. Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, *Trends in development assistance and domestic financing for health in implementing countries*, marzo de 2010. Disponible (en inglés) en: <http://tinyurl.com/globalfund-march2010>

2. SE Casey et al., 'Use of facility assessment data to improve reproductive health service delivery in the Democratic Republic of the Congo', *Conflict and Health*, 2009, 3:12. Disponible (en inglés) en: <http://www.conflictandhealth.com/content/3/1/12>

3. Gill Z et al., 'A tool for assessing 'readiness' in emergency obstetric care: the room-by-room 'walk through', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2005, 89:191-199. Disponible (en inglés) en: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(05\)00123-2/fulltext](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(05)00123-2/fulltext)

Formación en medio del caos

Para el profesor Blami Dao, director del Instituto Africano de Salud Reproductiva, la presencia de personal sanitario bien formado en salud reproductiva es absolutamente fundamental cuando se trabaja con personas refugiadas y desplazadas internamente: "En situaciones de conflicto, la salud reproductiva es aún más urgente porque existe riesgo de que aumente la violencia sexual, lo que provoca embarazos, infecciones de transmisión sexual y problemas relacionados

con abortos no seguros, además de la necesidad de anticonceptivos y de controlar y tratar las posibles complicaciones durante el embarazo".

Pero la formación por sí misma no puede cubrir las necesidades apremiantes en salud reproductiva de la población afectada por el conflicto. "Para hacer verdaderos progresos, las condiciones de trabajo del personal sanitario deberían mejorar, así como la coordinación de suministros y equipamiento y la coordinación de las políticas y normas

sanitarias en todo el país. En zonas afectadas por un conflicto es difícil", admite el profesor Dao. Sin embargo, el equipo de formación del Instituto está satisfecho con el número de sanitarios formados en África procedentes del Instituto. "Debemos compartir el enfoque, compartir las herramientas, compartir la metodología de formación", declara el Profesor Dao. "Ojalá llegue el día en que nuestro trabajo ya no sea necesario en absoluto."